Rhinophyma und ähnliche angiomatöse elephantiastische Erscheinungen an der Hand.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin,

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Croneberg,
approb. Arzt aus Mühlhausen in Thüringen.

München, 1902.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Rhinophyma und ähnliche angiomatöse elephantiastische Erscheinungen an der Hand.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin,

verfasst und einer

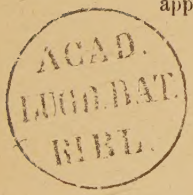
hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Croneberg,
approb. Arzt aus Mühlhausen in Thüringen.



München, 1902.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät in München.

Referent: Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. von Angerer.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548324_0053

Mit dem Namen Rhinophyma[1]) belegt man ein Neoplasma an der Nase, welches eine wesentliche Intumescenz derselben hervorruft. Die Verdickung erfolgt selten gleichmässig an allen Stellen, sondern meist unregelmässig, wodurch sich eine gelappte, höckerige Oberfläche entwickelt. Diese Lappen sitzen manchmal mit breiter Basis auf, in anderen Fällen sind sie gestielt, wodurch sie eine gewisse Labilität erlangen und bei jeder Bewegung des Kopfes schlottern. Je nachdem, ob diese Lappen seitlich oder an der Spitze sich mächtiger entwickeln, bekommt die Nase eine grössere Breite oder Länge. Im ersteren Falle kann sie so breit werden, dass die Lidspalte dadurch teilweise gedeckt wird, im zweiten so lang, dass sie bis über die Oberlippe herabhängt. Die Menge und Grösse der Lappen sind grossen Variationen unterworfen.

Man findet Nasen, an denen nur drei (zwei seitliche und und ein vorderer) Lappen sich befinden, und wieder andere, bei denen die Zahl der Auswüchse zehn und mehr sind.

Die Farbe solcher Nasen ist nicht stets dieselbe, meist ist sie rot, blaurot, zu anderen Malen auch schiefergrau; in seltenen Fällen weicht sie von der normalen Färbung ab.

Bei genauer Besichtigung findet man meist breite, rote, blaurote Streifen an der Oberfläche, die sich als stark ausgedehnte Blutgefässe erkennen lassen, diese Erscheinung kann aber auch vollkommen fehlen.

Die Konsistenz dieser Tumoren ist eine teigig weiche. Die Oberfläche ist glänzend, sehr fett, mit zahlreichen kleineren

[1]) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. Wien 1881. pag. 603.

und grösseren Poren versehen, aus denen sich schon bei dem geringsten Druck eine reichliche Menge Talg entleeren lässt, der einen unangenehmen, ranzigen Geruch verbreitet.

Das Gebilde ist meist auf die Nase allein beschränkt und nimmt von der Spitze gegen die Nasenwurzel an Intensität der Entwickelung ab. In seltenen Fällen werden auch die benachbarten Partien der Wangen und Augenbrauenbogen davon ergriffen. Ausser dem Gefühle der Schwere und der Behinderung im Sehen und bei Bewegungen des Mundes in hochgradigen Fällen, hat der davon Befallene keinerlei unangenehme Empfindungen.

Die ersten Anfänge der Intumescenz erfolgen sehr langsam, bald aber wächst sie rascher und entwickelt sich im Verlaufe weniger Jahre zu beträchtlicher Grösse, auf der sie dann durch sehr lange Zeit hindurch unverändert persistiert. Bei jugendlichen Individuen wird das Übel nicht beobachtet; das reifere Alter, um die Fünfziger herum, ist es, in welchem diese Erscheinungen auftreten.

Die Bekanntschaft dieser entstellenden Tumoren ist keineswegs eine neue. Schon in einigen Spottgedichten des klassischen Altertums, von denen das auf Pompilius das bekannteste ist, wird derselben Erwähnung gethan.

Lange Zeit ist darüber vergangen, ehe einige, wenn auch noch mangelhafte Mitteilungen über diese Krankheit in den medizinischen Werken auftauchten.

Erst Sennert schildert ein Individuum, dessen Nase und Wangen in oben geschilderter Weise ergriffen war. Er schreibt: Summum Tubercula ista interdum incrementum, ut facies inaequalis et horrida evadat. et nasus valde augeatur.

Vixit... non procul a Dresda vir, cui hoc malo affecto nasus ita incrementum sumsit, ut eum in legendo impediret: quod malum ipsum eo adegit, ut anno 1629 particulas quasdam de naso sibi amputari curaret.

In den folgenden 200 Jahren haben die Beschreibungen nicht wesentlich an Zahl und Ausführlichkeit zugenommen. Erst beim Durchgehen der Litteratur ungefähr der letzten 50 Jahre über das Kapitel, in dessen Rahmen der vorliegende Fall gehört, begegnen wir zum ersten Male dem Namen „Rhinophyma", den Ferdinand Hebra in seinem Atlas für Hautkrankheiten[1]) der zu besprechenden Krankheit beigelegt hat. In seinem Lehrbuche, pag. 626, enthält er sich dieser Bezeichnung und beschreibt die Geschwülste der Nase, die er durch Gefässdilatation und späterer Hypertrophie der einzelnen Hautteile entstehen lässt, als drittes und höchstes Stadium der Akne rosacea.

Er sagt: Wenn es unter einer fortschreitenden Entwickelung des so begonnenen Prozesses endlich zu einer monströsen Verunstaltung der Nase kommt, wodurch letztere in ihren Dimensionen nach einer oder der anderen Richtung oder auch allseitig aussergewöhnlich zunimmt, so würden wir dies für den höchsten Grad der Akne rosacea gelten lassen können.

Auch Kaposi[2]) neigt dieser Ansicht zu, indem er schreibt:

Der dritte oder höchste Grad der Akne rosacea wird von dem als exquisiter „Kupferhandel" bekannten Zustand der Nase gebildet, bei welchem auf derselben rundliche und unregelmässig gestaltete, neben- und übereinander sich auftürmende, manchmal auch überhängende, geschwulstartige, lappige Auswüchse von weich elastischer Konsistenz entstehen, deren allgemeine Decke reichlich von feinen bis rabenkieldicken Gefässen durchzogen, von Comedonen und Aknepusteln besetzt erscheint — die sogenannte Pfundnase. Sie kann kolossale Dimensionen erreichen, die Lappen können bis auf die Oberlippe herabhängen und die abenteuerlichste Gestalt annehmen — Rhinophyma.

[1]) Heft VII, Tafel VI.

[2]) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1893. 4. Aufl. pag. 558.

Gustav Simon war der erste, der den mikroskopischen Befund einer mächtig angewachsenen Nase mitteilte.

Er stellte Untersuchungen an der Nase eines Trunkenboldes, die mit mächtig grossen, von Akne rosacea herrühren den Höckern besetzt war, an und kam zu folgendem Resultate.

Die Verdickung rührte hier vom völlig ausgebildeten Bindegewebe her, welches sich in grösserer Menge vorfand, als an anderen nicht aufgetriebenen Hautstellen; ausserdem waren alle Talgdrüsen der Nase stark erweitert und mit festem Hauttalg angefüllt.

In Bezug auf die histologische Grundlage dieser Krankheit sind die Ansichten der einzelnen Forscher Lassar, v. Hebra, Unna, Kaposi u. a. m. fast völlig übereinstimmend.

Es handelt sich in ihren Abhandlungen in der Hauptsache um eine enorme Wucherung des Bindegewebes, der Gefässe und Follikel.

Nach Hebra[1]) beruhen die anatomischen Veränderungen der Akne rosacea auf bedeutender Vaskularisation, auf Wucherung des Bindegewebes und Hypertrophie der Follikel.

Lassar[2]) hält diese Neubildung für ein Cysto-Adenofibrom, indem er die vorwiegendsten anatomischen Veränderungen bei Rhinophym in der Vergrösserung und cystischen Entartung der Talgdrüsen, um die sich eine durch Entzündung hervorgerufene Bindegewebsneubildung lokalisiert, zu finden glaubt.

Neuerdings ist eine ausführliche histologische Beschreibung des Rhinophyms erschienen von Dohi[3]), dem das Material aus der dermatologischen Klinik des Professors Kaposi zur Verfügung stand.

---

[1]) Hebra-Kaposi, Lehrb. der Hautkrankheiten. 1874. I. 621—634.

[2]) Monatshefte für prakt. Dermatologie. 1889. II. 376.

[3]) Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1896. Band XXXVII. pag. 361.

Dohi sagt unter anderem, dass bei Rhinophyma eine Gefässerweiterung mit Wandverdickung entstände, dass es sich also um eine Angineurose handle, die zu Cirkulationsstörungen und dauernde Hyperämie führe.

Die einzige Ausnahme unser den Autoren macht Erasmus Wilson.[1]) Er schildert die Pfundnase nicht als Akne rosacea; hat ihr den Namen Spargosis gegeben und gebraucht diese seine Bezeichnung nicht nur für unser Neoplasma an der Nase, sondern wendet sie auch an bei ähnlichen Affektionen an anderen Körperstellen, was aus den Worten hervorgeht: thus, we can conveniently employ the terms Spargosis nasalis, Spargosis penis, scrotalis, cruralis, brachialis and so forth. Auf Seite 178 geht er so weit, dass er Spargosis mit Elephantiasis Arabum identifiziert.

Dieser Ansicht zuwider, spricht sich H. v. Hebra gegen eine Gleichstellung des Rhinophymas mit der Elephantiasis Arabum aus.

Schon klinisch,[2]) so sagt er, lässt sich ein Unterschied konstatieren, da ersteres nie unter entzündlicher Erscheinung beginnt. Ohne dass jemals ein Erysipelas vorangegangen wäre, nur bei bestehender stärkerer Injektion durch die dilatierten kleinen Blutgefässe, tritt das Rhinophyma auf, vergrössert sich langsam und stetig, und auch während des ganzen Bestandes der von uns beobachteten Fälle war nie ein Erysipel zur Entwickelung gekommen. Bei der eigentlichen Elephantiasis Arabum besteht aber der Prozess bekanntlich vorwiegend in einer Vermehrung des Bindegewebes infolge von chronisch sich wiederholenden erysipelartigen Entzündungen, wirklich recidivierenden Erysipelen und in deren Gefolge eintretendem chronischem Ödem.

---

[1]) Lectures on Dermatologg. delivered in the Royal College of Surgeons of England. 1874—75. pag. 169.

[2]) Vierteljahresschrift für Dermatol. 1881. Band 13. pag. 613.

Es lässt sich demzufolge auch das Rhinophym durch Kompression nur soweit verkleinern, als der Menge des verdrängten Blutes entspricht, und sofort nach Aufhören des Druckes stellt sich das alte Volumen wieder her, — während eine von Elephantiasis Arabum befallene Hautpartie durch systematisch angebrachten Druckverband auf längere Zeit wesentlich verkleinert werden kann, wenn das Ödem, welcher Art es auch sein mag, verringert wird.

Auch der histologische Befund variiert bei beiden Affektionen. Bei der Elephantiasis Arabum herrscht das Ödem so sehr vor, besonders bei nicht allzu langem Bestande des Übels, dass beim Einschneiden in das erkrankte Gewebe gleich eine stark eiweisshaltige Flüssigkeit in grösserer Menge entleert wird, was beim Rhinophym nie der Fall ist. Das Gewebe ist daher bei letzterem nie sulzig, nie zeigen sich Lücken, die von Flüssigkeit allein oder von vollgetränkter Gewebsmasse erfüllt sind, sondern das Bindegewebe ist nur mit einer reichlichen Infiltration embryonaler Zellen versehen, die als solche wohl dem Blutgefässsystem entsprungen sein mögen.

Während bei der Elephantiasis Arabum, so fährt v. Hebra fort, das Corium und der Papillarkörper wenig, dagegen das subkutane Bindegewebe in sehr hohem Grade erkrankt ist, stellt sich beim Rhinophyma das verkehrte Verhältnis heraus Demzufolge ist auch das Knochengerüst der Nase stets intakt und normal, und auch an dem knorpeligen Gerüste scheinen keine pathologischen Veränderungen einzutreten.

Bei längerem Bestande von Elephantiasis Arabum tritt infolge von Periostitis stets Knochenneubildung ein, was besonders von der Tibia schon seit langem konstatiert ist und auch in neuerer Zeit bei einem höchst seltenen Falle von exquisiter Elephantiasis der Nase sicher gestellt werden konnte.[1])

[1]) Elephantiasis der Nase, kombiniert mit plexiformem Neurom und allgemeiner Neuromatose. Von Dr. Heinrich Schuster. Prager medizinische Wochenschrift. 1880. Nr. 21, 22 u. 23.

Eine genauere und vollkommen erschöpfende Untersuchung der aus der Litteratur angeführten Daten ist nicht der Zweck nachfolgender Zeilen, vielmehr möchte ich hier einen Fall beschreiben, in dem ausnahmsweise das weibliche Geschlecht von der Affektion betroffen ist, und wo neben der Knollennase ähnliche, wenn nicht dieselben pathologischen Zustände der äusseren Haut, die erstere hervorrufen, gleichzeitig an der rechten Hand aufgetreten sind.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine gegen 50 Jahre alte Frau, welche Herr Professor Dr. Klaussner im Hörsaal der chirurgischen Poliklinik vorstellte und mir später Anregung zu dieser Arbeit gab.

Der Fall ist folgender:

Zettelmeier, Marie, 47 Jahre alt, Bäuerin aus Oberbayern, von kräftiger, mittlerer Statur, von jeher gesund und keinen Exzessen irgend einer Art ergeben, bemerkte vor ungefähr drei Jahren eine Volumenzunahme der Nase und fast zu genau derselben Zeit eine Schwellung im Bereich des kleinen Fingers der rechten Hand. Die Haut, so gibt sie mit voller Bestimmtheit an, sei in den ersten Zeiten der Anschwellungen vollkommen unverändert gewesen. Erst nach ungefähr 1 1/2jährigem Bestande, und nachdem die Schwellungen sowohl der Nase als auch an der Hand ganz allmählich an Anschwellung gewonnen hatten, trat plötzlich eine schnellere Volumenzunahme auf, und es machte sich eine blaurote Verfärbung der hypertrophierten Stellen geltend. Die Schwellung an der rechten Hand begann, wie schon erwähnt, an dem kleinen Finger, in ungefähr halbjährigem Zwischenraume griff sie auf Ring-, Mittel- und Zeigefinger über, und erst in allerletzter Zeit wurde auch der Daumen und Handrücken ergriffen. Patientin führt diese sonderbare Erscheinung an der Hand auf eine Zerrung zurück, die sie beim Hopfenbinden erlitten haben will. Ein halbes Jahr, bevor die Patientin die chirurgische Poliklinik zu

München aufsuchte, griff von der Nase her die Schwellung auch auf beide Wangen mit einer blaurötlichen Verfärbung der Haut über.

Patientin ist seit 20 Jahren verheiratet, ihre Mutter lebt und ist gesund, der Vater an Lungenentzündung gestorben. Sie ist Mutter von zwei kräftigen und gesunden Kindern. Gesichtsrose, noch sonstige Entzündungen der Gesichtshaut, waren nie vorhanden. Nur litt Patientin ab und zu an Kopfweh. Das jetzige Leiden hat ihr fast gar keine Beschwerden gemacht, in letzterer Zeit machte sich ein eigentümliches Stechen in der Nase bemerkbar, doch ging diese Empfindung nach kurzer Dauer wieder vorüber.

Status praesens: Mittelgrosse, kräftige, gut genährte Frau.

Untersuchung der Lungen ergibt hellen, vollen Schall und Vesikuläratmen. Grenzen gut verschieblich.

Herzdämpfung nach keiner Seite verbreitert. Aktion regelmässig, nicht beschleunigt.

Erste Herztöne etwas unrein. Abdomen nirgends druckempfindlich, keine Hernien. Leber überragt um einen halben Querfinger den unteren Rippenbogen. Milz nicht vergrössert. Patellar und Vorderarmreflexe vorhanden, nicht gesteigert. Pupillen reagieren. Tast- und Temperatursinn intakt.

Körperhaut stark pigmentiert, besonders die Unterschenkel. An letzteren sind zahlreiche Varicen und Ulcerationen vorhanden.

Nase, besonders der Mittelteil, ist um das Dreifache vergrössert, so dass das Gesicht ein unförmiges Aussehen bekommt. Die Farbe ist eine livide, und es lassen sich in der Geschwulst trichterförmige Vertiefungen der Drüsenausführungsgänge, ganz der Akne rosacea entprechend, erkennen. Auf leichten Druck entleert sich aus denselben eine grössere Menge von Hauttalg, der einen eigentümlichen, ranzigen Geruch verbreitet.

Ferner sieht man namentlich an den Grenzen der Geschwulst zahlreiche Erweiterungen der Kapillaren und der Venen, die bis zur Dicke einer mässig dicken Stricknadel

heranreichen. Durch längere Kompression der Geschwulst, die nebenbei fast vollkommen schmerzlos ist, lässt sich das Volumen um ein Geringes reduzieren, jedoch stellt sich nach

Aufhören des Druckes sofort die ursprüngliche Grösse und Verfärbung ein.

Der vierte und fünfte Finger der rechten Hand, besonders in den Grundphalangen, stark verdickt. Wenig und fast gering ergriffen sind der Mittel- und Zeigefinger; eine grössere Schwellung macht sich erst wieder am Daumen geltend.

Ulnarwärts greift die Schwellung von dem Klein- und Ringfinger auf den Handrücken bis zur Höhe des Os pisiforme über.

Die Haut über dieser Affektion der Hand ist derb infiltriert und zeigt vollkommen dieselben Erscheinungen wie die affizierte Nasenhaut, nur in etwas leichterem Grade.

Umfang der Grundphalangen:

der 5. Finger	rechts	11,5,	links	6,4,
„ 4. „	„	10,5,	„	6,9,
„ 3. „	„	8,7,	„	7,2,
„ 2. „	„	6,9,	„	6,9,
„ Daumen	„	9,	„	8.

Die Nasenknochen, sowie die Knochen der erkrankten Hand sind mit Hilfe der Röntgenstrahlen untersucht worden, und es hat sich an denselben keine Spur einer pathologischen Erscheinung ergeben.

Als Nebenbefunde sind noch kurz zu erwähnen auffallende Vergrösserung der grossen Zehen und ödematöse Schwellung des rechten Fussgelenkes.

Rechts 28,5, links 24,1.

Auf Grund des sich darbietenden Status praesens und der Anamnese handelt es sich hier wohl mit Sicherheit um ein gutartiges Neoplasma, das allmählich, im Verlaufe mehrerer Jahre entstanden ist, das mit besonderer Vorliebe das höhere Alter zu befallen pflegt, und von kaum nennenswerten subjektiven Symptomen begleitet ist. Die Mehrzahl der in der Litteratur beschriebenen Fälle lassen die Prognose quod vitam als eine günstige bezeichnen.

Dass jedoch die Diagnose dieser Neoplasmas in vereinzelten Fällen nicht ohne weiteres klar ist, und dass derartige Geschwülste nicht immer benigner Natur sind, möchte ich hier auf einen Fall verweisen, den Herr Dr. Krieger[1]) in seinem Beitrag zur Kenntnis des „Rhinophyma“ schildert.

Bezüglich der Ätiologie des Rhinophyma besitzen wir keineswegs vorwurfsfreie Kenntnisse. Bis in die neuere Zeit hinein war die Ansicht, dass das in Rede stehende Übel nur bei Säufern vorkomme, so allgemein verbreitet, dass ausser dem Alkoholmissbrauch kein anderes ätiologisches Moment in Frage kam. Dieser Fall jedoch zeigt wieder deutlich, dass es keineswegs statthaft ist, den übermässigen Genuss von Spirituosen als den Grund zur Entwickelung der Pfundnase hinzustellen. H. v. Hebra hat im Gegenteil häufig genug gesehen, dass Trinker rote und geschwellte Nasen bekommen, und solche unverändert Jahre hindurch tragen und sieht hierin einen weiteren Stützpunkt seiner, auf ausführlichen histologischen Arbeiten beruhenden Ansicht, dass die Akne rosacea und das Rhinophyma zwei verschiedene Übel seien.[2])

Bei der Mehrzahl der Autoren werden Kälte, nervöse Störungen, Magenkatarrhe und vor allem Dingen Vererbung als hauptsächliche ätiologische Momente zur Entwickelung des Rhinophyms angegeben.

Was die Therapie dieser Neubildung anbetrifft, so kann dieselbe bei hochgradigen Fällen nur durch einen chirurgischen Eingriff von Erfolg begleitet sein.

In der Litteratur finden wir das erste Mal bei Sénnert,[3]) das zweite Mal bei Chausit Erwähnung eines operativen Eingriffes, doch besitzen wir von keinen der beiden Autoren eine Beschreibung desselben, so dass wir nicht wissen, ob keil-

---

[1]) Dermatologische Zeitschrift. 1898. Band 5. pag. 595—602.
[2]) Vierteljahrschrift für Dermatologie. 1881. Band 18. pag. 615.
[3]) Vierteljahrschrift für Dermatologie. 1881. Band XIII. pag. 615.

förmige Stücke excidiert, und die Wundränder wieder vereinigt wurden; ob bloss die Auswüchse abgetragen worden waren, oder ob vielleicht nach Entfernung der ganzen Nase eine Plastik zur Deckung des Substanzverlustes vorgenommen worden sei. Einen ausführlichen Bericht schreibt Dr. Fr. Pauli,[1]) der im Jahre 1850 zur Operation einer enorm ausgedehnten Hypertrophie der Nase, trotz Warnung des Professors Hütin in Paris, schritt und ein vorzügliches Resultat zu verzeichnen hatte. Es würde zu weit führen, diesen und noch mehrere in der Litteratur geschilderten operativen Eingriffe hier wiederzugeben, doch sei schliesslich noch ein Verfahren, das Dr. Pottgiesser in seiner Dissertation aus der chirurgischen Klinik zu Würzburg mitteilt, an dieser Stelle angeführt.

Die Patienten werden tief narkotisiert, dann geht man mit dem Finger zunächst in den einen Nasengang und trägt mit dem Scalpell sämtliche Protuberranzen ab. Die meistens sehr starke Blutung wird dann vollständig mit dem Flachbrenner des Paquelin gestillt. Man hat nun Zeit, in aller Ruhe zu revidieren, ob noch irgendwo Erhebungen, respektive Geschwulstreste vorhanden sind; es kommt nämlich leicht vor, dass die hypertrophischen Partien an der Stelle, wo die äussere Haut in das Naseninnere geht, infolge der Blutung übersehen werden. Durch die Kauterisation bekommt man das Operationsfeld frei und übersichtlich für die Beseitigung noch stehen gebliebener Reste. Das kosmetische Dauerresultat fällt um so besser aus, je gründlicher man die Tumoren entfernt hat.

Bei der Nachbehandlung, die der allgemeinen Wundbehandlung entspricht, ist vor allem darauf zu achten, dass einer aussergewöhnlichen Granulationsbildung Einhalt gethan wird.

Bei beginnendem Rhinophym dürfte man eventuell mit einfacher Stichelung und Scarifikation, ein Verfahren, das häufig

[1]) Illustrierte medizinisehe Zeitung. Jahrgang 1853. Heft 6. Herausgegeben in München von Dr. Gust. Rubner.

bei bestehender Akne rosacea Anwendung findet, zum Ziele kommen, sicher jedoch schützt diese Methode nicht vor Recidiven.

In den meisten Fällen empfiehlt es sich, den oben ausführlich beschriebenen chirurgischen Eingriff zu machen, zumal er in kürzester Zeit zum Ziele führt, das Beste, was die Verhütung eines Recidivs anlangt, leistet und kosmetisch zufriedenstellende Resultate zu verzeichnen hat. Ich möchte hier noch einmal auf die Arbeit des zuletzt erwähnten Herrn hinweisen, der seiner Arbeit mehrere Abbildungen von Rhinophym vor und nach der Operation beigegeben hat.

Kommen wir nach dieser Schilderung wieder auf unseren besonderen Fall zurück. — Der Ätiologie nach handelt es sich wohl hier um einen der selteneren Fälle, wo aus angeborenen und lange verborgen gebliebenen Keimen eine sichtbare Missbildung der Haut und des subkutanen Gewebes hervorgegangen ist; denn andere ätiologische Momente konnten, ausser dem erlittenen Trauma an der Hand, nicht eruiert werden. Ob und wie weit letzteres an der pathologischen Erscheinung der Hand schuld ist, diese Frage lässt sich nicht einwandsfrei beantworten, jedenfalls kann sie die eventuell schlummernden Keime zur Anregung gebracht haben.

Auffallend und deshalb erwähnenswert ist es in unserem Falle, dass sich die gleichen pathologischen Veränderungen der Haut und des subkutanen Gewebes, die derbe Infiltration, die sichtbar vermehrte Vascularisation, die trichterförmigen Vertiefungen der Drüsenausführungsgänge, die höckerige Beschaffenheit, ferner das ganz allmähliche Wachstum und die gleichzeitige, blaurötliche Verfärbung der Geschwulstneubildung, sowohl an der Nase als auch an der Haut sich vorfinden. Soviel sich makroskopisch feststellen lässt, so handelt es sich wohl hier um die gleiche Erscheinung. [1])

[1]) E. Ziegler: Pathologie und Anatomie.

An dieser pathologischen Entwicklung können sämtliche Bestandteile der Haut gleichmässig teilnehmen, doch gelangen häufiger nur einzelne Teile derselben zu einer pathologischen Ausbildung und demgemäss wechselt auch ihre Erscheinung. Bei einer Gruppe dieser Veränderungen sind namentlich die Epithelien, zum Teil auch der Papillarkörper, bei einer zweiten das Bindegewebe des Coriums oder des subkutanen Gewebes oder beider zugleich, bei einer dritten die Lymphgefässe, bei einer vierten die Blutgefässe, bei einer fünften die Nerven, bei einer sechsten mehrere der genannten Gewebe wesentlich beteiligt, respektive verändert und pathologisch entwickelt. In manchen Fällen hat die veränderte Hautstelle nicht an Masse zugenommen und es hat sich das normale Gewebe nur durch ein pathologisches substituiert. In anderen Fällen findet im Erkrankungsgebiet eine Volumenzunahme statt, und es entstehen dadurch Gewebsbildungen, welche, falls sie umschrieben sind, den Tumoren, falls sie sich über grössere Bezirke verbreiten und dieselben vergrössern und verunstalten, der Elephantiasis zugezählt werden.

Leider war es nicht möglich, da Patientin sich keines chirurgischen Eingriffes unterzog, histologische Präparate des Neoplasmas sowohl der Nase als der Hand anzufertigen, und somit einen genauen Bericht über die histologische Grundlage der vorliegenden Neubildungen dieser Arbeit anzufügen.

Zum Schluss liegt mir noch die angenehme Pflicht ob, Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. Ritter v. Angerer für die freundliche Übernahme des Referates, sowie Herrn Prof. Dr. Klaussner für die Anregung und Überlassung des Materials meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Unterzeichneter wurde geboren im Jahre 1876 am 2. März als Sohn des Fabrikanten Robert Croneberg zu Mühlhausen in Thüringen. Besuchte daselbst das Gymnasium bis zur Obersecunda und erhielt im September 1897 an dem Gymnasium zu Rinteln a. d. W. das Reifezeugnis. In Halle a. d. S., Kiel und München widmete er sich dem medizinischen Studium. Am Ende des Sommersemesters 1902 bestand er die ärztliche Approbationsprüfung.

Hans Croneberg,
approb. Arzt.